

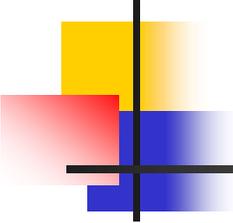
失智症預防與照顧技巧

民眾醫院院長 神經科專科醫師

部定副教授 張淑鳳醫師

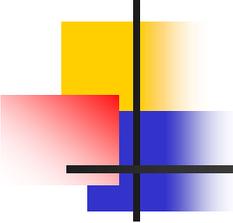
屏東縣失智症服務協會 顧問醫師

2020年08月17日 9:30-12:30



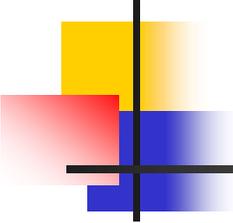
課程目標

1. 提升家庭照顧者專業人員之照護技巧與知識，提供最佳的照護品質。
2. 失智課程由淺入深，帶領學員精進失智照護之知能。
3. 善用家庭、親屬與社會相關資源，建立失智症照護支持系統。



課程內容

1. 失智症的定義及類型
2. 失智症的預防
3. 失智症的延緩與治療
4. 失智症的精神行為異常
- 5 家庭照顧者須知，社會相關資源介紹

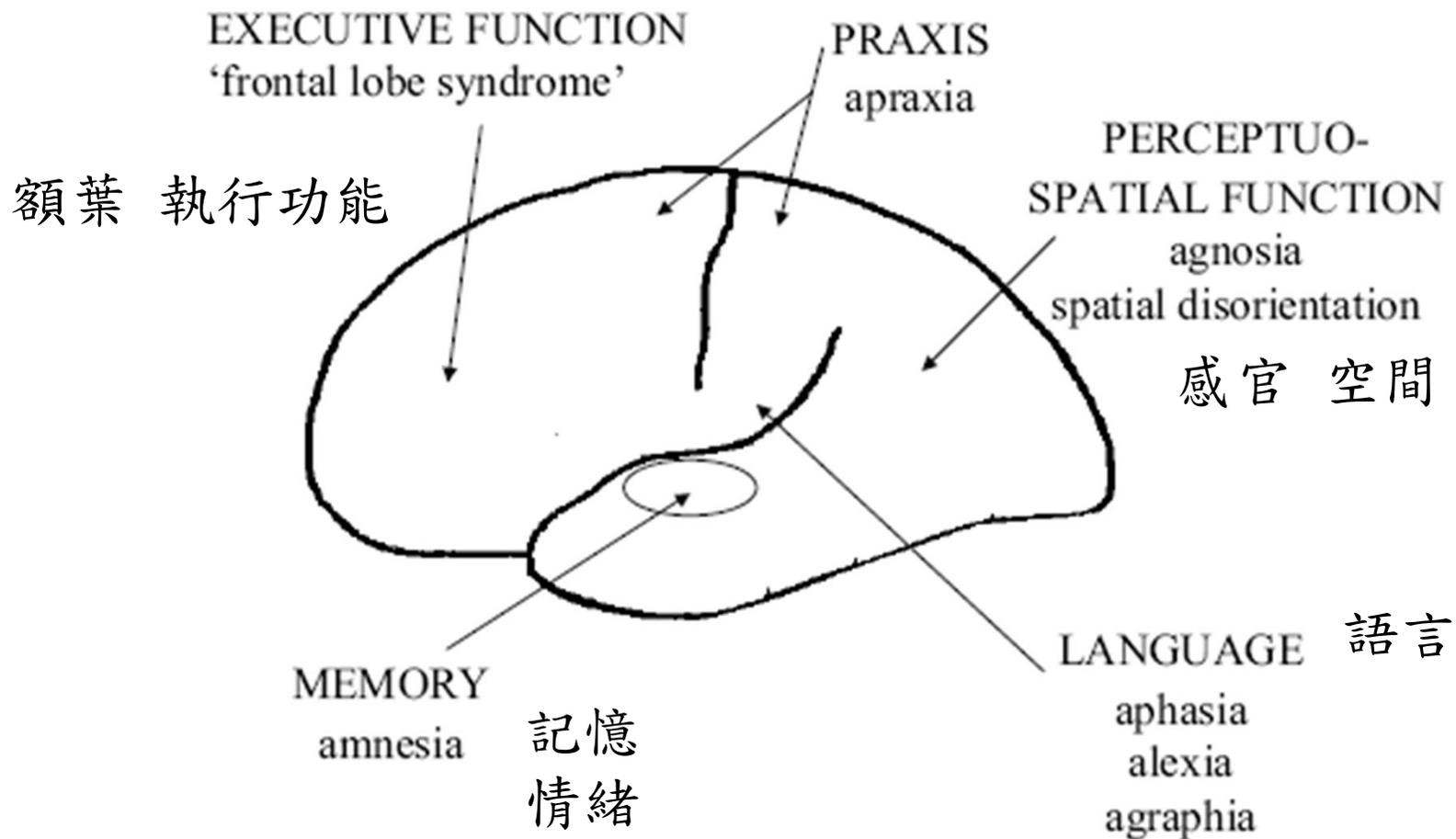


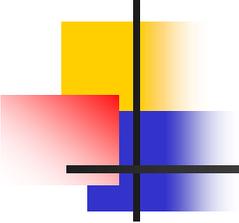
失智症

成年人於心智成熟後，在清醒的意識狀態下，因腦部疾病而引起心理及智力功能退步，並影響到生活及工作能力。

失智症 (Dementia) 不是單一項疾病，而是一群症狀的組合(症候群)，它的症狀不單純只有記憶力的減退，還會影響到其他認知功能，包括有語言能力、空間感、計算力、判斷力、抽象思考能力、注意力等各方面的功能退化，同時可能出現干擾行為、個性改變、妄想或幻覺等症狀(BPSD behavioral & psychotic symptoms in dementia)，這些症狀的嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力。

大腦的功能





額葉

不同部位之額葉損傷會造成極不相同之症狀群

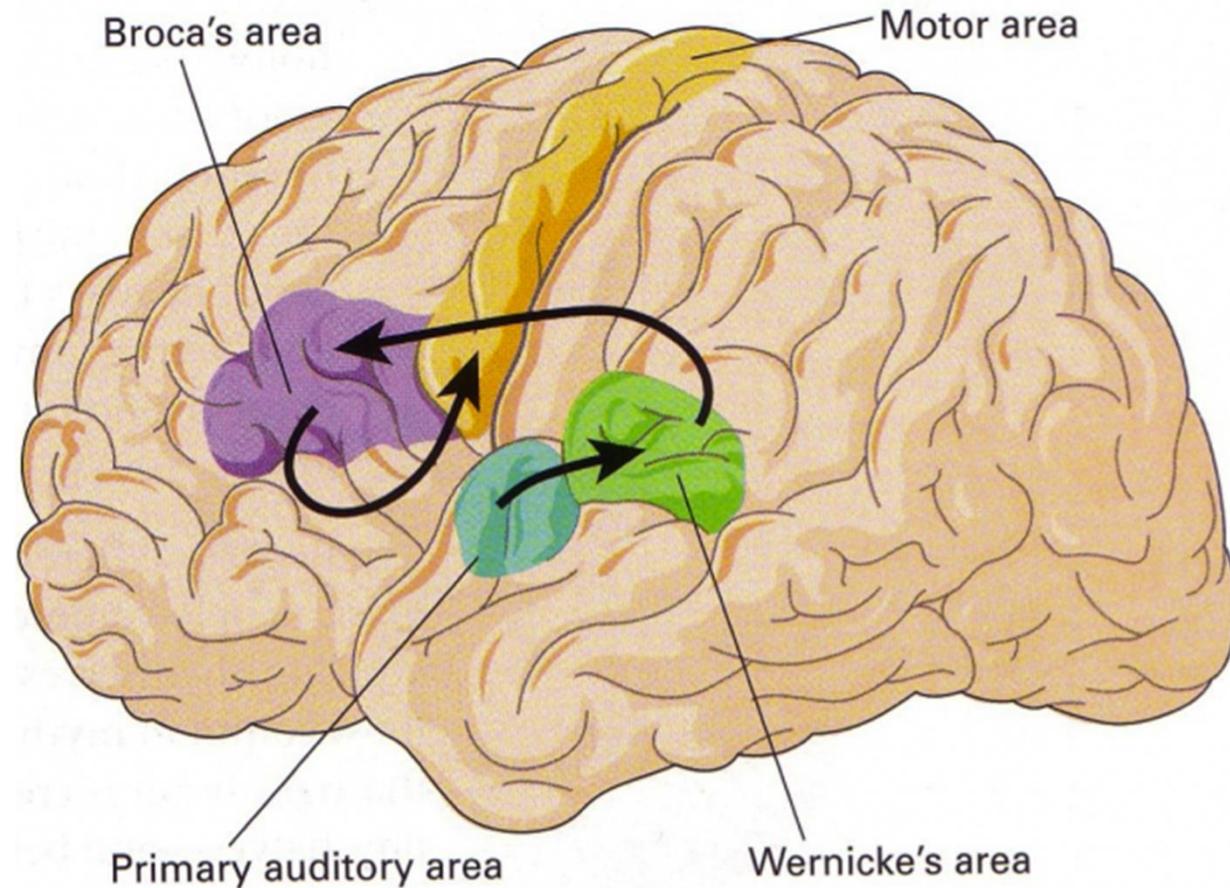
背側額葉症候群(**dorsolateral syndrome**)

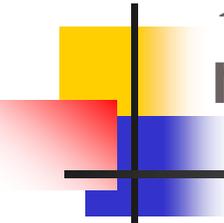
症狀和憂鬱症病人十分相似，會有遲鈍且缺乏自動自發，但冷漠且無動於衷、不快樂也不悲傷。

眼眶額葉症候群(**orbitofrontal syndrome**)

與抑制能力有關，病人無法抑制情緒、無法抑制慾望、不論社會情境是否恰當或不管法律是否允許而想到什麼就做什麼、看不見自己行為的後果等，導致反社會之行為，

語言功能— 運動型失語及 知覺型失語



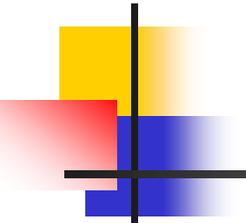


失智症 (神經認知功能障礙)

major neurocognitive disorder

- A. **一項或多項認知範疇(六項)**學習和記憶、複雜注意力、執行能力、語言、知覺—動作或社交認知)顯著比先前的認知表現降低，證據根據以下二項:
- 1.個案、瞭解病情的資訊提供者或是臨床專家，知悉認知功能顯著降低；及
 - 2.最好由標準化神經認知檢測—或缺乏前述檢測時—另一量化之臨床評估確信認知表現顯著缺損
- B. 認知缺損影響到**日常活動獨立進行**(指至少複雜工具性日常生活活動需要協助，例如付帳單或是吃藥)
- C. 認知缺損非只出現於譫妄情境
- D. 認知缺損無法以另一精神疾病做更好的解釋 (例如鬱症、思覺失調症)

(心理疾病診斷統計手冊第五版 (DSM-V))



失智症: 臨床症狀三大領域

- Ability : 生活功能—走路、洗澡、買東西
 - ADL: activity of daily living
 - IADL: instrumental activity of daily living
 - Behavior : (精神)行為症狀—妄想 躁動等
 - BPSD: behavioral & psychotic symptoms in dementia
 - Cognition : 智能減退—記憶 定向感 等
- 臨床症狀變異大: 疾病種類, 個案差異, 疾病病程,
Multi-factor 多因子

失智症 類型

- 退化性

- 阿滋海默症 (Alzheimer's disease) 54% (65-85%)
- 路易體失智症 (Dementia with Lewy bodies)
- 額顳葉型失智症
- 巴金森氏病

- 血管性

- 中風後血管性失智症
- 小血管性失智症

- 其他:

- 5~30%

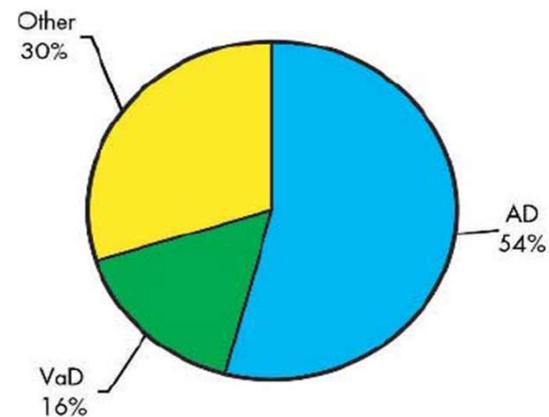


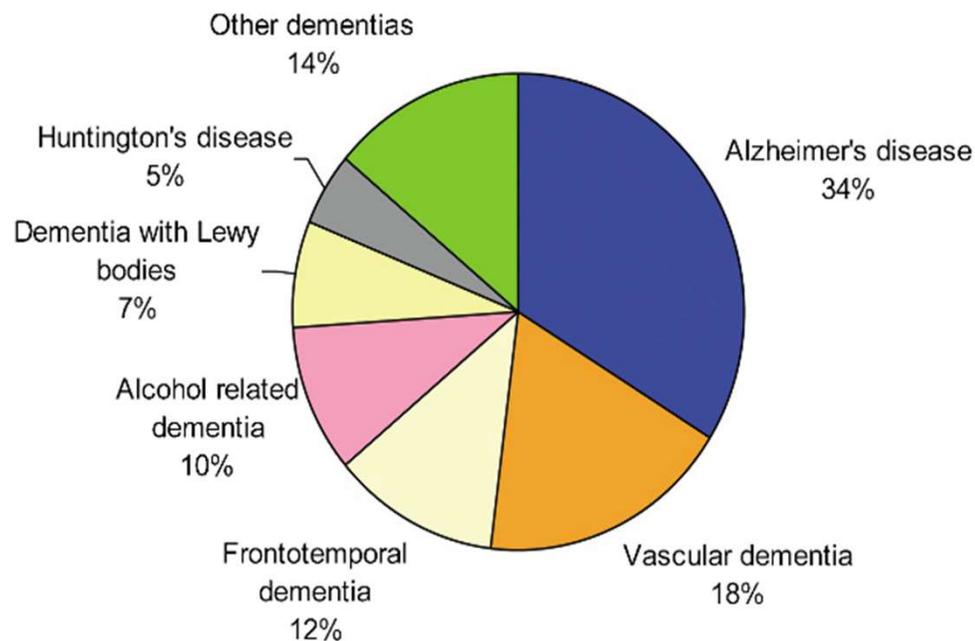
Figure 1 Causes of dementia with late onset (≥ 65 years). AD, Alzheimer's disease; VaD, vascular dementia. Based on Lobo *et al.*³

早發型失智症 (65歲以前發病)

早發型阿滋海默症34%

- 症狀較厲害
- 惡化較快
- 藥物反應差
- 遺傳性高

其他類型多



失智症的流行病學

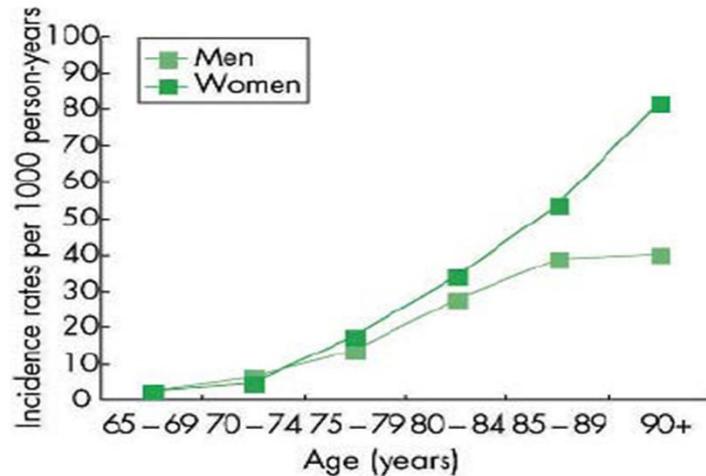


Figure 5 Pooled incidence rates of dementia by sex. Based on Fratiglioni *et al.*⁶

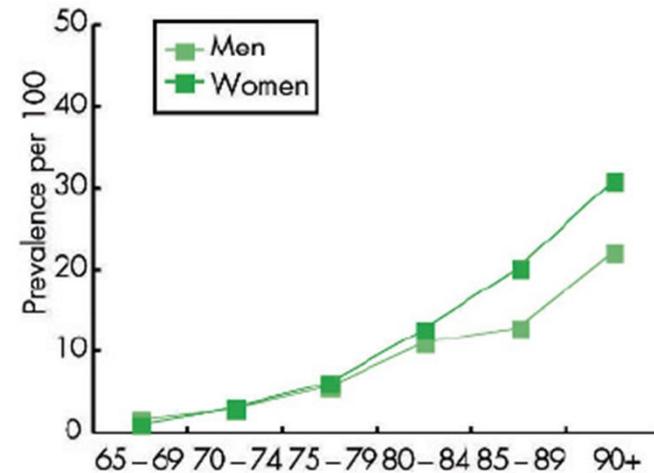
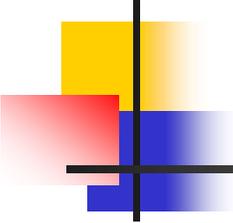


Figure 2 Pooled prevalence of dementia by sex. Based on Lobo *et al.*³

- ▶ 失智症多見於老年人，年齡越大越容易發生
- ▶ 失智症大多是慢性進展惡化的病程
- ▶ 失智症也可發生在較年輕的人－早發性失智症（約佔失智之5-10%）
- ▶ 台灣地區目前老年人口失智盛行率: 8%
- ▶ MCI (輕度智能障礙): 18.3% (民國100年 TADA 統計)



課程內容

1. 失智症的定義及類型
2. 失智症的預防
3. 失智症的延緩與治療
4. 失智症的精神行為異常
5. 家庭照顧者須知，社會相關資源介紹



健康老化 靠三養

◎ 營養 保養 修養

均衡營養、
健康吃、
吃食物少吃食品

適度規律運動、
好睡眠、多動腦、
定期健康檢查

感恩、關懷、開朗、
社會參與、
兒孫自福

Association of Cardiovascular Health Level in Older Age With Cognitive Decline and Incident Dementia

Cécilia Samieri, PhD; Marie-Cécile Perier, MSc; Bamba Gaye, PhD; Cécile Proust-Lima, PhD; Catherine Helmer, MD, PhD; Jean-François Dartigues, MD, PhD; Claudine Berr, MD, PhD; Christophe Tzourio, MD, PhD; Jean-Philippe Empana, MD, PhD

Table 1. Definition of Cardiovascular Health Metrics for Ascertainment of Cardiovascular Health Status^a

Metric	Recommended Optimal Level	Intermediate Level	Poor Level
Smoking	Never or quit ≥ 12 mo prior	Quit < 12 mo	Current smokers
Physical activity			
Montpellier and Dijon sites	Recreational walking ≥ 2 h per d or practicing sport ≥ 2 times per wk	Recreational walking 1 to 2 h per d or practicing sport monthly to weekly	Recreational walking < 1 h per d or no sport practice
Bordeaux site	Recreational walking ≥ 8 h per wk or having ≥ 4 h of sport or intensive leisure activity per wk	Recreational walking 2 to 8 h per wk or having 1 to 3 h of sport or intensive leisure activity per wk	Recreational walking ≤ 1 h per wk or having < 1 h of sport or intensive leisure activity per wk
Healthy diet	≥ 1 Portion per d of each of fresh fruit, raw vegetables, cooked fruit/vegetables and ≥ 2 portions per wk of fish	≥ 1 Portion per d of fresh fruit, raw vegetables, cooked fruit/vegetables or ≥ 2 portions per wk of fish	< 1 portion per d of fresh fruit, raw vegetables, cooked fruit/vegetables and < 2 portions per wk of fish
Body mass index ^b	< 25	25-29.9	≥ 30
Total cholesterol	< 200 mg/dL untreated	200-240 mg/dL or < 200 mg/dL treated	> 240 mmol/L
Blood pressure	$< 120/80$ mm Hg untreated	$< 120/80$ mm Hg treated or 120-139/80-89 mm Hg	$\geq 140/90$ mm Hg
Fasting plasma glucose	< 100 mg/dL untreated	100-126 mg/dL or < 100 mg/dL treated	> 126 mg/dL

預防失智症

增加大腦保護因子

趨吉

多動腦
Illustration: Go board, books, and a bowl of Go stones.

多運動
Illustration: Two elderly women walking outdoors.

多社會參與
Illustration: An elderly woman presenting to a group of people.

均衡飲食
Illustration: A plate of food with labels: 水果類 2份, 蔬菜類 3-4份, 奶類 1-2杯, 五穀根莖類 2.5-4碗, 蛋豆魚肉類 3-4份, 油脂類 1.5-3茶匙.

維持適當體重
Illustration: An elderly woman on a scale.

遠離憂鬱
Illustration: A sad elderly woman.

不抽菸
Illustration: A cigarette with a red prohibition sign.

避免頭部外傷
Illustration: A man's head with a red injury on the forehead.

預防三高
Illustration: A man with a surprised expression and a '注意' (Attention) sign.
高血壓 高血糖 高血脂

遠離失智症危險因子

避凶

心智飲食MIND diet

健腦食物



全穀類食物
一天至少三份



使用橄欖油



非綠色葉菜類蔬菜
一天至少一份



堅果類
一週五份



綠色葉菜類蔬菜
一週至少六份



豆類
一週至少三份



家禽類
一週至少二份



莓果類
一週至少二份



魚類
一週至少一份



紅酒
一天一杯

損腦食物



人造奶油及反式脂肪
一天少於一湯匙



糕餅與甜食
一週少於五份



紅肉
一週少於四份



起司
一週少於一份



油炸食物及速食
一週少於一份

表 7、常見的失智症病因一覽表

阿茲海默症

Alzheimer's disease (AD)

額顳葉失智症

Frontotemporal dementia (FTD)

路易體失智症

Dementia with Lewy bodies (DLB)

血管性失智症 1.大中風 2.小血管

Vascular dementia

其他因素導致之失智症：

Other dementias

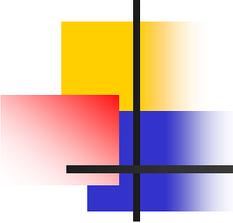
營養不足：缺乏維他命 B9 (葉酸)、B12等。

新陳代謝異常：甲狀腺、血糖、電解質失調。

傳染病：梅毒、愛滋病等。

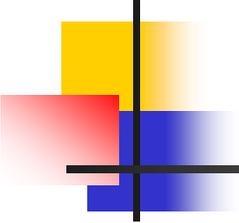
中毒：一氧化碳或重金屬中毒、酒精成癮物質
或醫藥等。

疾病引起：庫賈氏症、帕金森症、亨汀頓症、
常壓性水腦症、腫瘤、腦創傷。



課程內容

1. 失智症的定義及類型
2. 失智症的預防
3. 失智症的延緩與治療
4. 失智症的精神行為異常
5. 家庭照顧者須知，社會相關資源介紹



失智症病程

平均發作至死亡時間：

阿滋海默症 10年（4-20年）

女性 存活較久

早發型 存活較短

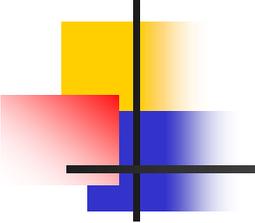
額顳葉失智症 9-12 年

同時存在的運動神經元疾病會縮短

壽命 3-12年

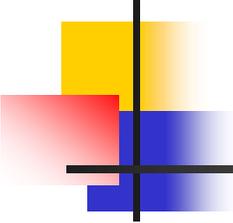
血管性失智症 很難確定

腦傷後失智症（頭部外傷）



失智症的延緩與治療

- 至目前為止並無任何藥物或治療方法可以阻止或逆轉退化性失智症的病程。
- 目前在輕至中度的阿茲海默症的病人建議給予乙醯膽鹼酶抑制劑治療，中至重度的建議給予NMDA 受體拮抗劑治療。
- 修正生活習慣，養成健康行為，非藥物的介入或治療是當今防治失智症的重要對策。
- 失智症的精神行為症狀的治療仍以非藥物的治療為優先，須使用藥物時由低劑量，單純的藥物開始，隨時檢討藥物使用的必要性。
- 失智症患者共病的治療對減緩認知退化有幫助，但須考慮共病治療的副作用與多重用藥的交互作用。



失智症的治療

病因治療:

阿茲海默症、巴金森氏症、可治療失智症 (腦瘤、感染、發炎、營養、內分泌，水腦等)

症狀治療:

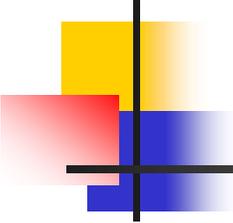
藥物、非藥物 (知能訓練、行為治療等)

支持治療:

社會資源- 重大傷病、身心障礙手冊、照護人力

長照2.0

緩和療法 安寧療護



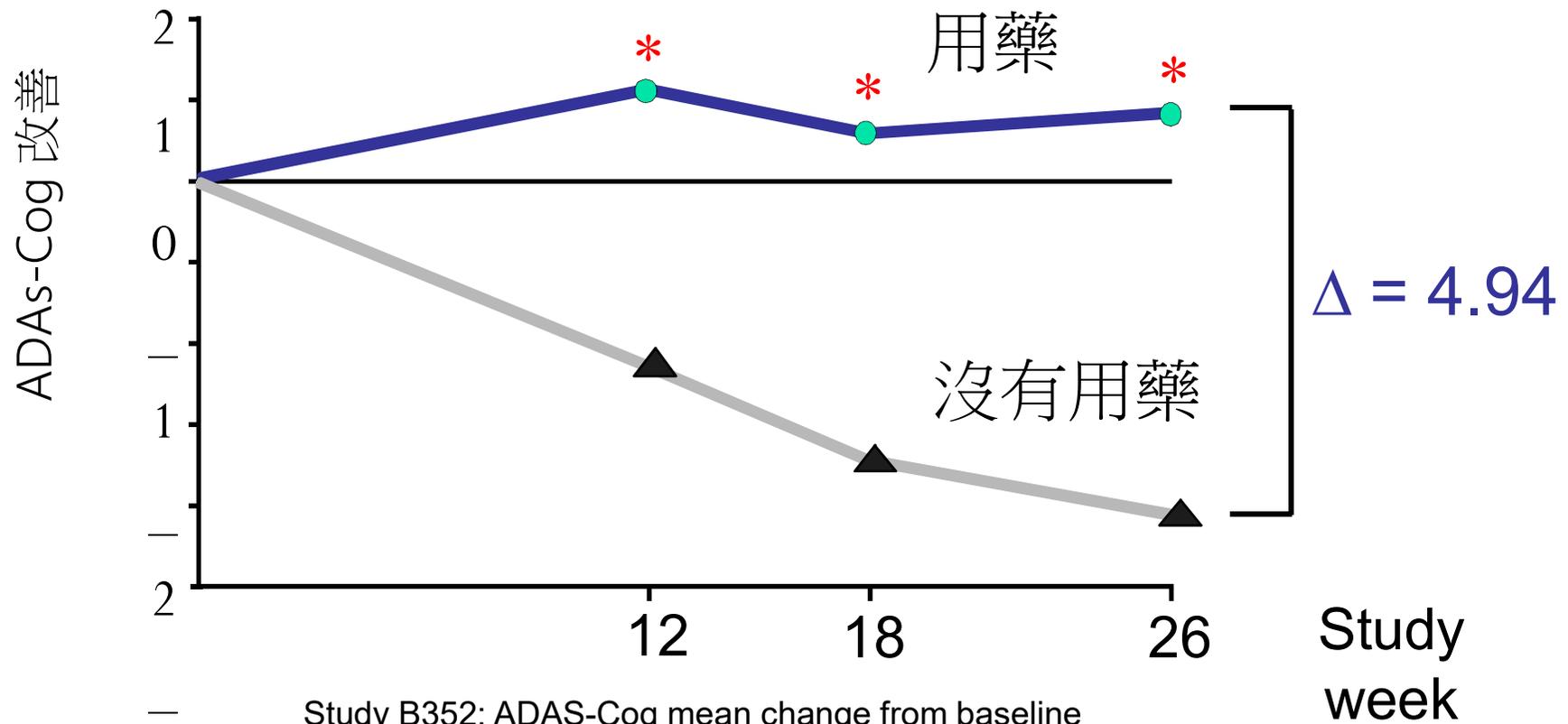
阿茲海默症：認知的藥物治療

- ▶ 乙醯膽鹼酶抑制劑 (**Cholinesterase inhibitor**)
 - 愛憶欣 donapezil (Aricept®)
 - 憶思能 rivastgimine (Exelon®)
 - 利憶靈 galantamine (Reminyl®)

適應症：輕至中度阿茲海默症 (CDR 1-2) &
重度阿茲海默症 (CDR=3) (但需仍可走路)
帕金森失智症憶思能 rivastgimine (Exelon®)
- ▶ NMDA受體拮抗劑 (**NMDA anatagonist**)
 - 憶必佳 Ebixa® 威智 Witgen® 減擾 Manotin®

適應症：中至重度阿茲海默症 (CDR=2-3)

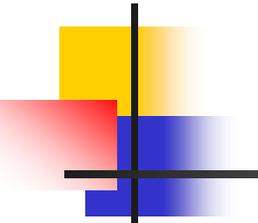
藥物的治療效果：延緩疾病發展



Study B352: ADAS-Cog mean change from baseline

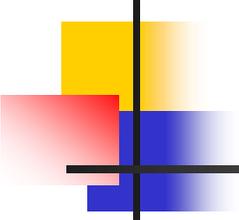
*p<0.05 vs placebo

Corey-Bloom et al., 1998



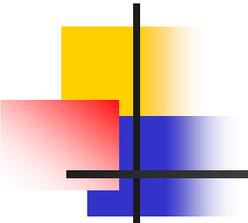
認知功能之非藥物治療

- ▶ 2014 年7 月，阿茲海默協會國際研討會提到預防失智的概念：**修正生活習慣、養成健康行為是遠離失智的王道**。從年輕開始就要養成健康的行為習慣，不要抽菸，隨時控制體重，避免發生或治療已經發生的高血壓、糖尿病、高血脂等心臟血管危險因子。
- ▶ 由於阿茲海默症者的**大腦病變在發病前已經累積快20 年**，即使根治失智用藥明天突然問世，往後十幾年全球仍有上千萬的失智者將繼續出現與共存。因此非藥物的介入或治療已經成為當今防治失智症的重要對策。



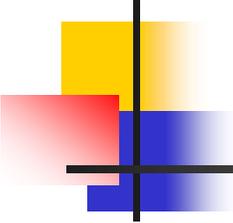
認知功能之非藥物治療

1. 懷舊治療(remembrance therapy)：
2. 認知活動
3. 音樂團體
4. 藝術創作
5. 運動團體
6. 現實定向感治療(reality orientation therapy, ROT)
7. 其他：舞蹈、園藝、芳療、園藝治療、寵物治療、娃娃治療、感官刺激等。



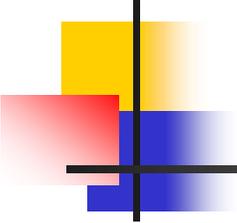
延緩失能失智方案

認知活動。以認知訓練為團體主軸，結合生活中各項功能，透過團體活動的設計，讓病友在活動中不斷地運用各項認知能力，例如：專注力、計算能力、記憶力、邏輯推理能力，藉以維持現有之認知功能，延緩退化速度。



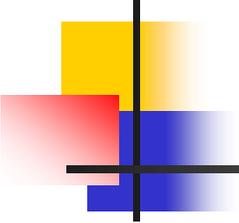
課程內容

1. 失智症的定義及類型
2. 失智症的預防
3. 失智症的延緩
4. 失智症的精神行為異常
5. 家庭照顧者須知，社會相關資源介紹



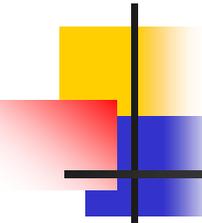
BPSD (精神行為症狀)

- 屬於失智症之非智能問題表現 (non-cognitive presentations of dementia) , 如激動(**agitation**), 侵犯行為 (**aggression**), 精神症狀 (**psychosis**), 憂鬱 (**depression**) 和 冷淡 (**apathy**)
- 要把有行為問題的病人視為“不健康，需要協助的病人”而不是“很麻煩很棘手的病人”



BPSD 之病程

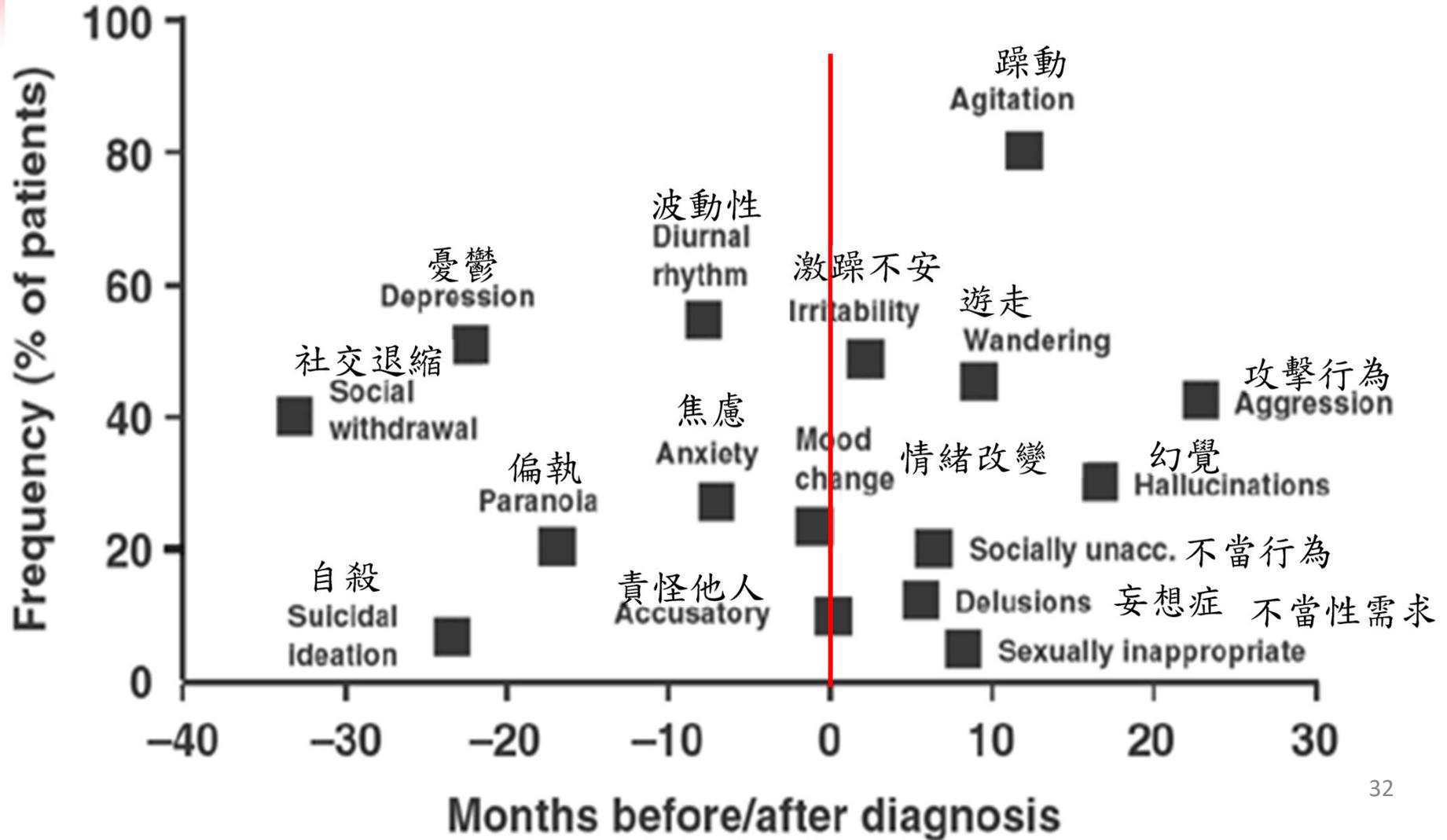
- 病程因人及失智類別而異。
 - 路易體失智症 (Dementia with Lewy bodies)
 - 額顳葉型失智症
 - 巴金森氏病這些類別其 BPSD 比例較高
- 對 AD 而言，幻想(Hallucinations) 及輕鬱症 (mild depression) 可能幾個月會消失，妄想 (delusions), 激動 (agitation) 及嚴重憂鬱 (severe depression)可能會持續很久。



失智症之行為精神症狀

- 可以在失智症病程中任何時期出現。
- 是照顧者精神心理負荷及崩潰最大的來源(caregiver burnout)，並降低生活品質。
- 可能引起老年人施虐情形 (elderly abuse)。
- 造成提早送入安養院的原因。
- 增加照顧的經濟壓力。
- BPSD可以有效及安全的治療。
- 對BPSD的認識及適當的處理，是醫療工作人員在改善失智症患者及家屬照顧上及提昇其生活品質上，形成當前重要的課題。

失智確診3年前就有異常行為表現



BPSD 常見之 症狀分類

■ A. 情感症狀

- 憂鬱
- 冷漠
- 焦慮
- 欣快感

■ B. 精神病症狀

- 妄想 Delusion
- 幻覺 Hallucination
- 錯認 misidentification

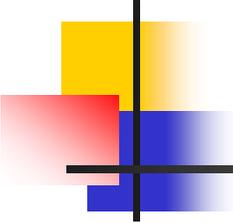
■ C. 行為症狀

- 激動/ 攻擊行為
- 重複行為(repetition)
- 漫遊/ 迷路(wandering/getting lost)
- 睡眠障礙
- 食慾/ 飲食行為障礙
(appetite/eating change)
- 病態收集行為(hoarding behavior)
- 不恰當/ 失控行為
(inappropriate/disinhibition)
- 日落症候群(sundown syndrome)

NPI (神經科門診,施景森等,台灣神經學雜誌 2005 P183)

N=160, CDR1 (N=101) CDR2 (N=47) CDR3-5 (N=12)

NPI症狀 (%)	CDR=1	CDR=2	CDR-3-5
妄想	26.7	42.6	41.7
幻覺	12.9	36.2	33.3
激動/攻擊行為	15.8	34.0	16.7
憂鬱	25.7	29.8	41.7
焦慮	34.7	38.3	8.3
情緒高昂	1.0	2.1	8.3
冷漠/Indifference 無關緊要	28.7	36.2	58.3
不受抑制	5.9	4.3	0
情緒不穩	11.9	21.3	16.7
異常行為	19.8	23.4	50.0
睡眠行為障礙	23.8	38.3	41.7
食慾及進食問題	15.8	19.1	41.7
有任何症狀	86.1	83.0	91.7



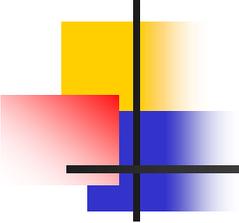
失智症精神症狀---情緒障礙

憂鬱 - 失智症早期

需和對活動不感興趣區分

焦慮 - 擔心未來 健康 日常生活

害怕獨處 黑暗 人群

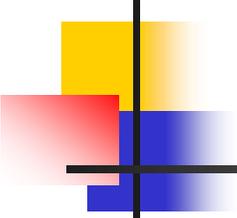


失智症精神症狀--「妄想」

被偷妄想最常出現，確信有陌生人、小偷、家人或是照顧者偷他的東西。當他懷疑是家人或照顧者偷他東西時，而家人或照顧者堅決否認時，情緒往往十分激動、甚至有暴力行為。

被害妄想是「堅信有人要害他」，以為妻子或女兒要毒死他而不敢吃藥或吃飯。

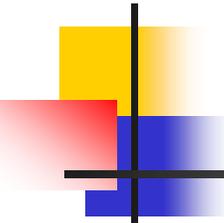
嫉妒妄想是「相信配偶有外遇而憂鬱或憤怒」，男女皆會發生。



失智症精神症狀——幻覺

失智患者最常出現的幻覺為「視幻覺」
看到「屋內有老鼠、蜘蛛、螞蟻或陌生人」
「死去的親人出現在他的面前」
「屋外有不明的黑影、壞人」
但事實上都沒有。

「錯覺」(illusion)，
誤以為「繩子是一條蛇」
「屋外透過玻璃的黑影是小偷」。



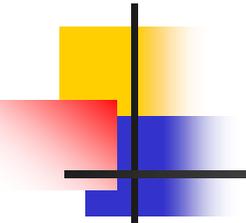
失智症精神症狀——錯認

有人將之視為妄想的一種型態。

如「把一個不熟悉的人當成是自己的親戚或朋友」；

「錯認自己的親人或配偶是另一個人或別人偽裝」；「錯認另有人在房子裡」；「錯認現在住的房子不是自己的家」。

若「錯認」和「被害妄想」相關連出現，則需要謹慎積極的處理與治療，以免因失智病患的情緒行為失控而造成不必要的傷害與遺憾。



失智症行為障礙

暴食或多食:可能是忘了已吃過東西或下視丘飲食中樞失調)

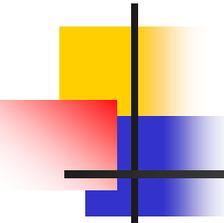
不適切性行為:性暴露、在公共場合自慰、不當的觸摸異性工作人員或家人、性需求增加

重覆現象:重覆說或問同一句話、重覆買相同的東西、重覆作一些無目的的行為如重覆翻箱倒櫃、搬來搬去等

遊走:有時是因為不認得路、有時是毫無意義的遊走

病態收集:收集無關緊要的東西,如食物、廢紙、鐵罐等)

隨地大小便。



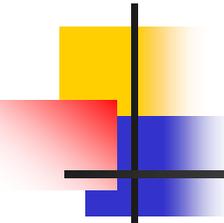
失智症精神症狀——睡眠障礙

睡眠週期變亂、日夜顛倒

睡不著

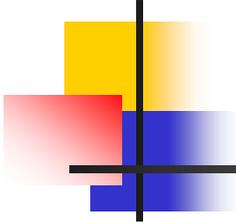
無法維持睡眠, 早醒, 片段式的睡眠

睡眠運動障礙



激動及侵犯行為 (Agitation and aggression)

- 激動及侵犯行為是不適當之言語及動作
- 發生在60%的失智病患，嚴重度差異很大
- 有很多原因造成，如疼痛，身體不舒服，憂鬱，定向異常，和家人分開，需求未滿足



語言激動 Verbal agitation

非侵犯性 (Non-aggressive):

持續抱怨或持續要求關心

非理性的害怕

重複問問題或發聲

表現出焦慮

抱怨不健康

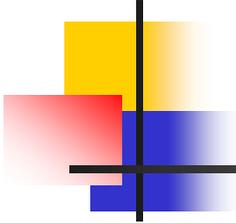
呻吟聲；嗚咽聲

侵犯性(Aggressive)(攻擊行為):

詛咒；罵髒話；

亂發脾氣

語言恐嚇



身體激動 (Physical agitation)

非侵犯性(Non-aggressive)

無目的的，重複的身體動作

不安亂動； 游走踏步

仔細搜查； 藏東西

不適當的穿著或脫衣

拒絕照護（如：拒吃藥）

不適當的性動作

侵犯性(Aggressive)

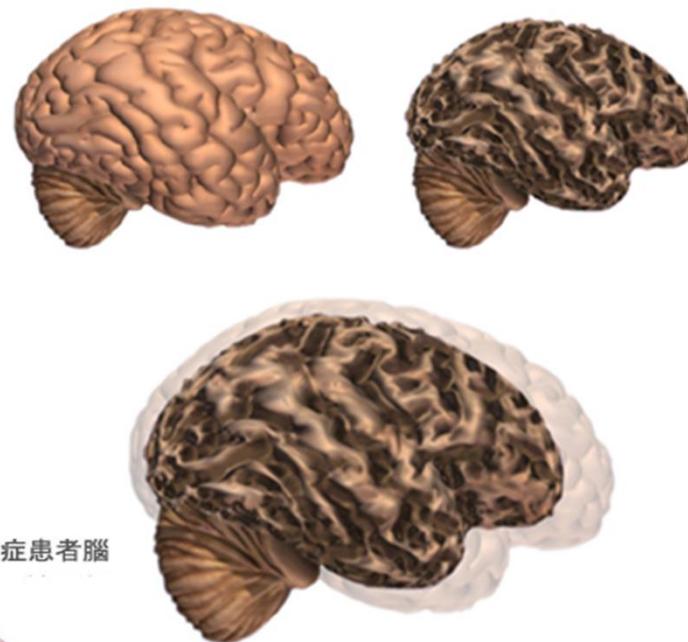
打，踢，推，抓，刮，吐口水，咬，摔東西

拒絕照護（如：拔鼻胃管）

不適當的性動作

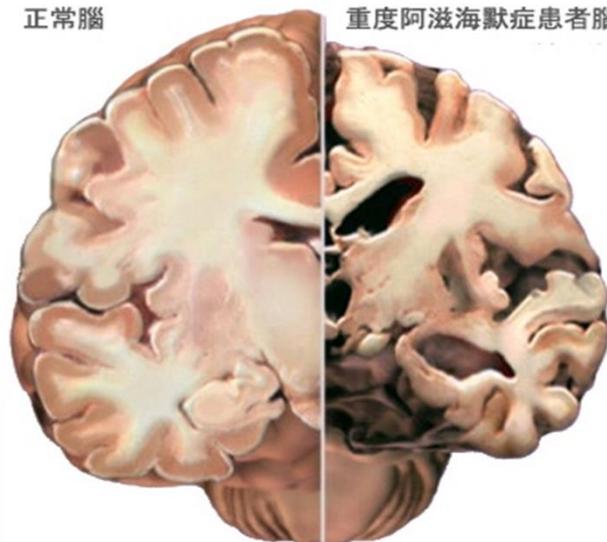
BPSD生物性導因--解剖分析

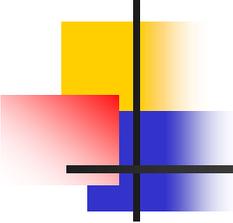
- 額葉受損(行為障礙, 憂鬱, 自我克制降低)
- 基底核受損(妄想)
- 顳葉受損(妄想, 幻覺)



正常腦

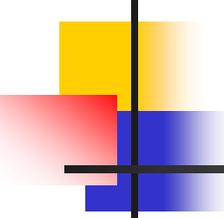
重度阿滋海默症患者腦





失智症精神行為症狀的治療策略

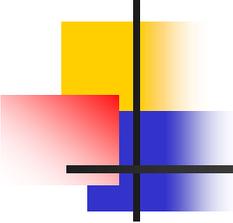
- 極力以「增進失智症患者獨立功能與生活品質」及「減輕照護者負荷、增進其因應技巧與照護能力」為治療的終極目標。
- 非藥物療法在治療BPSD 的療效不遜於藥物療法，且極少有副作用。必須**優先採用非藥物療法**，若成效不足時，再考慮結合與藥物治療的協同治療模式。



失智症精神行為症狀的治療策略

建議：

1. 分辨與確認出個別**BPSD** 症狀。
2. 標定欲處理的目標症狀；若有一個以上的症狀，依照嚴重度與急迫性訂出處理的先後次序。
3. 探求**BPSD** 可能的發生原因。
4. 擬定治療計畫。
5. 進行療效評估，以及依照療效調整治療內容，並要預設停用藥物的時機及計畫。

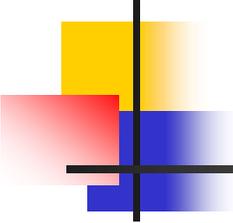


BPSD 的非藥物治療

—照顧技巧

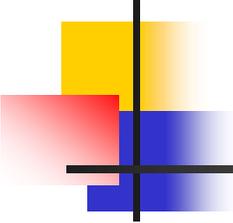
原則：

- (1) 調整與控制相關環境因素，例如減少噪音和過度刺激
- (2) 對照護者提供訓練，使其具有解決干擾行為的技巧，以及熟練使用相關技巧的能力。
- (3) 鼓勵照護者使用懷舊訊息與回憶的方式來解讀病人所呈現的情境。
- (4) 與病人互動時利用提供線索的方式引導思考、減少混淆。
- (5) 將日常生活活動結構化。
- (6) 注意排便(是否便秘)及飲水(是否缺水)
- (7) 注意用藥問題



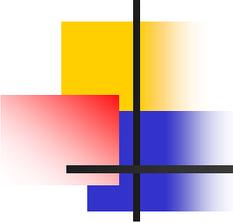
照護之優先考量

1. 照顧到患者之生理需求
2. 行為及環境之管理策略 (management strategies)
3. 精神科醫師及心理師的投入
4. 慎用精神藥物
5. 照護者的照護



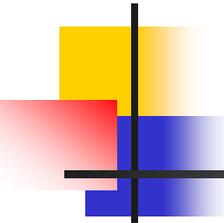
評估問題行為

- 描述實際的行為及症狀
- 描述問題行為發生時之情境
- 是否為新的問題行為？頻率是否增加？
- 考量是否為疼痛所引起？
- 藥物治療要從低劑量再慢慢增加（少量慢慢增加），且要配合行為介入
- 重新評估藥物及行為介入之後的反應



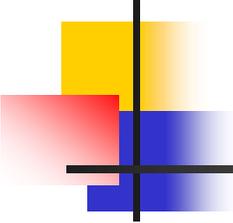
處理問題行為的目標

- 安全
- 舒適
- 尊重；尊嚴；同理
- 個別化— 要認識這個人
使用 **life story** 生命故事
- 認知到他要告訴我甚麼？因為他的需求得不到滿足。



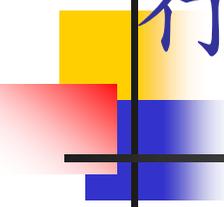
以分散注意力來處理問題行為

- 找到病人喜歡聽的一家人、寵物、家鄉的事
- 使用家人照片或吸引他興趣的照片（鳥、植物、氣球）
- 食物或水份飲料
- 給他手上可以拿的東西（布巾、布娃娃、絨毛玩具、手）
- 音樂或唱歌



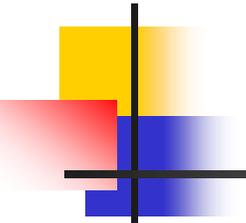
以藥物處理問題行為

- 考慮止痛藥物
- 給與幻想(hallucination)/妄想(delusion)病人
抗精神藥物
是否有身體不適 (distress)?
是否有急性內科問題? (感染或腹脹)
是否為 delirium (譫妄)?
- 憂慮病人給予抗憂鬱劑
- 焦慮通常沒有被好好控制 (抗焦慮藥物)



行為精神症狀之非藥物治療

- 矯正視、聽力。
- 提供一個熟悉而穩重的環境。
- 維持一個很固定且有結構性的日常生活作息。
- 認知訓練，鼓勵病患發揮其尚未退化的功能。
- 對於日落症候群合併日夜顛倒，則可以用光線治療，早、晚各一次，症狀可獲得改善。（水分及排泄，很重要）
- 懷舊治療、藝術治療、音樂治療，有時可安撫病患情緒，轉移其注意力。
- 芳香療法，也可以下降病患焦躁程度。



BPSD 可對治之情況

- 藥物副作用

 - 如感冒藥

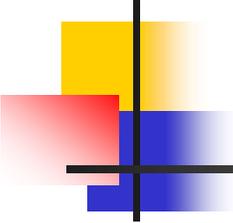
- 身體不適

 - 因為病患不會表達身體不適而表現出不安及焦躁的行為，尿道、耳朵、鼻竇之感染引起之疼痛膀胱脹、便秘、太熱、太冷。

- 視力及聽力問題

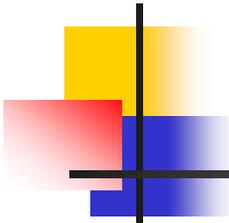
 - 可能導致混亂，感到孤立

- 周邊環境改變可能增加病患之不安，害怕及混亂。



課程內容

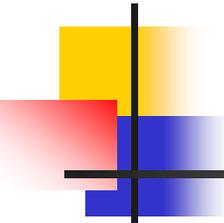
1. 失智症的定義及類型
2. 失智症的預防
3. 失智症的延緩
4. 失智症的精神行為異常
5. 家庭照顧者須知，社會相關資源介紹



失智症防治照護 政策綱領暨行動方案 2.0 (含工作項目)(2018 年版)

依衛福部2011年委託計畫資料統計，其失智個案之失能程度比率

失能程度	比率(%)
無失能	41.1
輕度失能 (1-2項失能)	15.2
中度失能 (3-4項失能)	12.1
重度失能 (5項/含/以上失能)	31.6



失智症防治照護 政策綱領暨行動方案 2.0 (2018)醫療照護服務：

1. 為建立以病人為中心的整合性失智症醫療照護模式及流程
2. 所有區域級以上醫院均提供失智症門診。失智症納入健保「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」之照護對象，
3. 2017年急性後期照護方案，範圍包括75歲以上且具有帕金森氏症、失智症、慢性阻塞性肺疾病或第三期以上慢性腎臟病之衰弱高齡病人。



以被照顧者及照顧者為本之長照服務體系

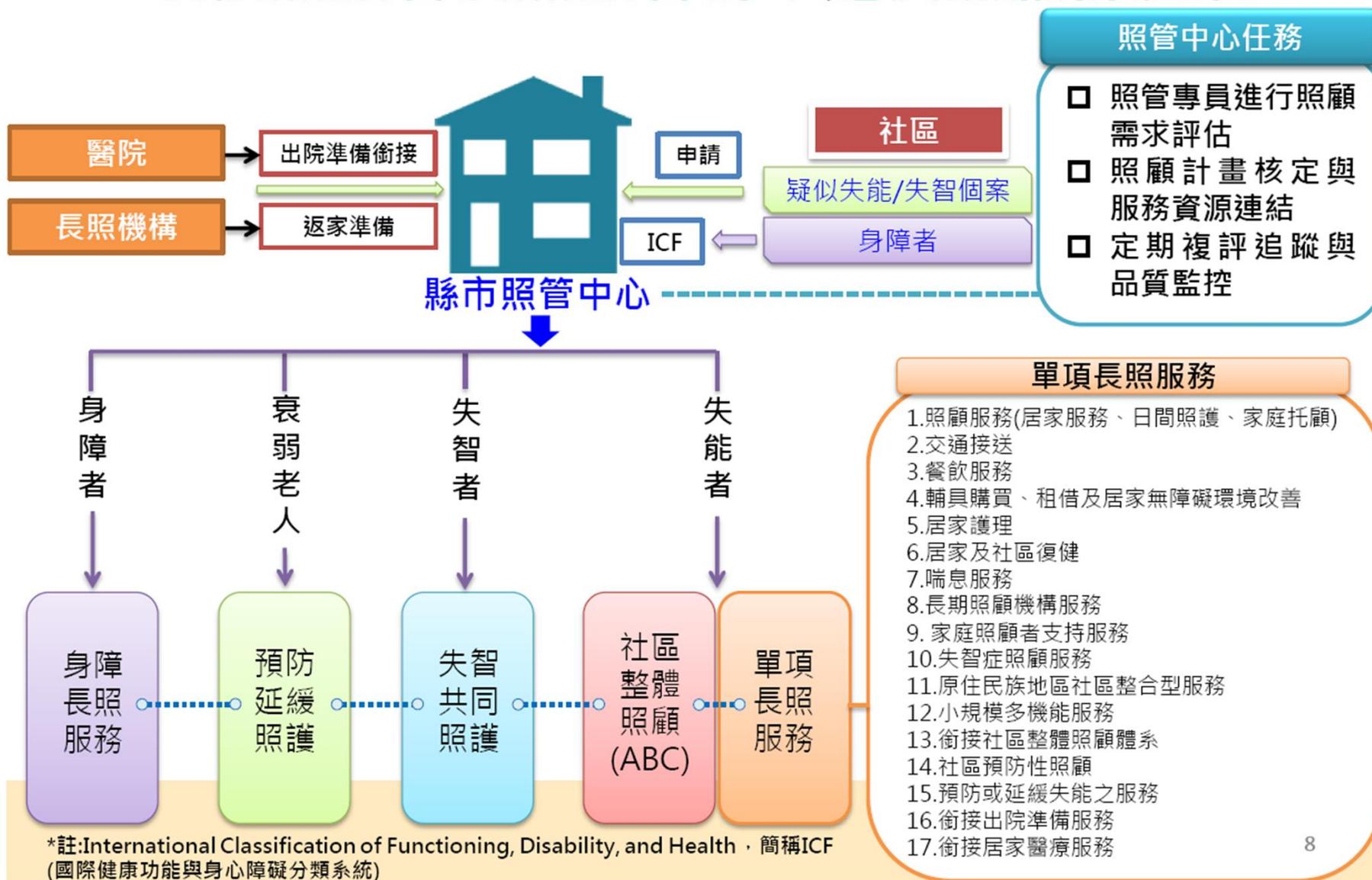
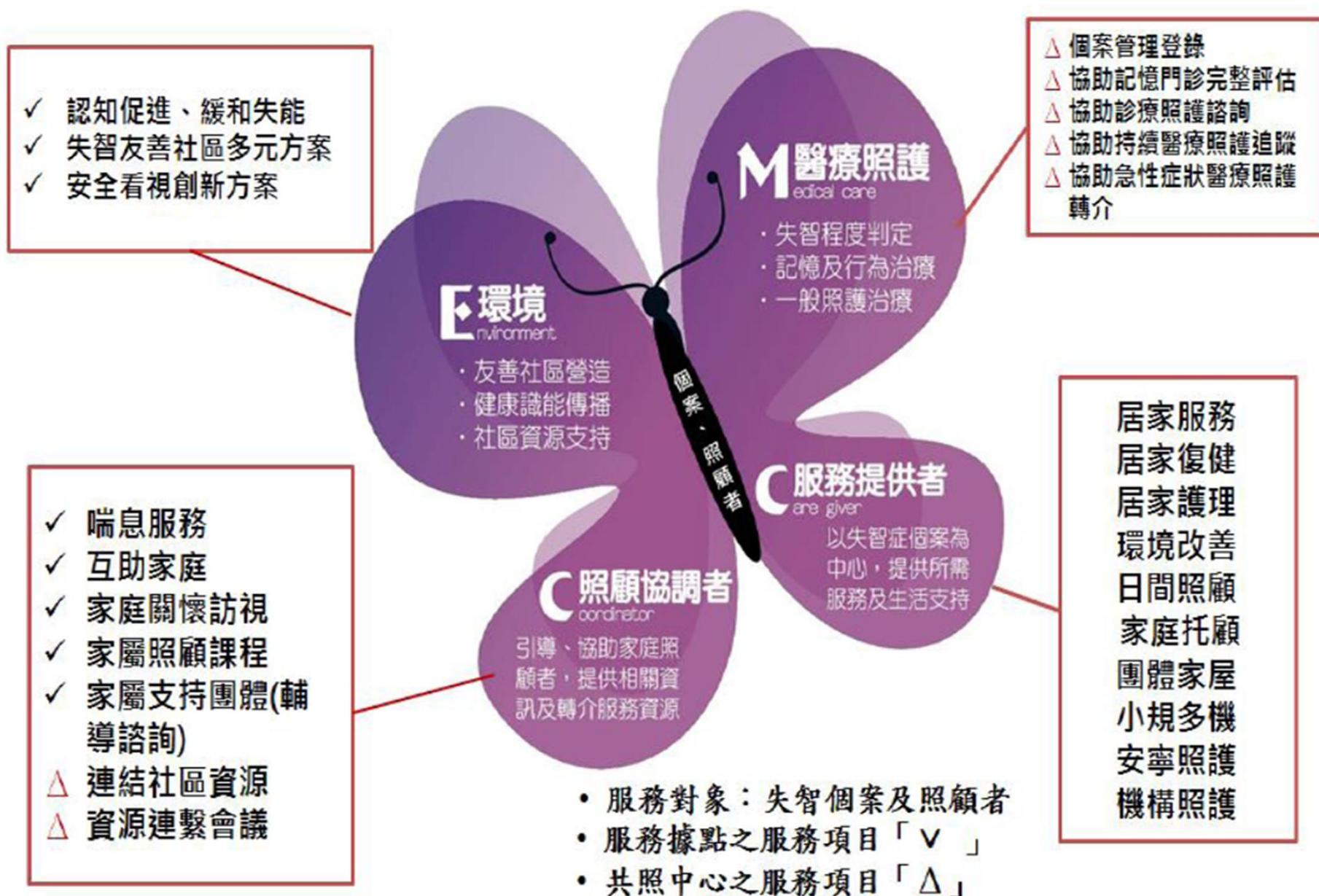
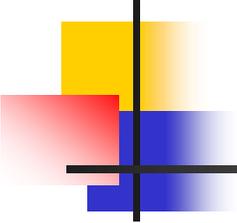


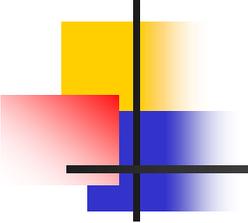
圖 1. 失智照護架構示意圖





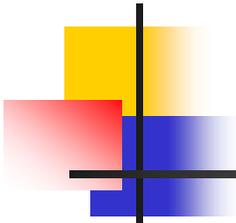
失智症共同照護中心之任務(1/2)

1. 依不同失智程度之個案服務需求與標準，協助個案及照顧者依需求獲得使用適當服務，並提供協助個案或照顧者照護諮詢服務。
 - ✓ 協調個案及照顧者需要之照顧服務使用、轉介及追蹤服務情形。
 - ✓ 對未確立診斷之疑似個案，協助於半年內完成就醫診斷(含系統登錄)與醫療照護。
 - ✓ 陪伴照顧者於失智不同階段所需要之生活照顧與醫療照護之諮詢、服務、協調、轉介與追蹤。
 - ✓ 協助照顧者對於失智個案急性症狀之諮詢與安排轉介、照顧服務。
 - ✓ 協助登錄與更新服務進度：配合衛福部規定定期登錄所有服務個案接受長照服務之情形與更新接受服務之進度。



失智症共同照護中心之任務^(2/2)

1. 依不同失智程度之個案服務需求與標準，協助個案及照顧者依需求獲得使用適當服務，並提供協助個案或照顧者照護諮詢服務。
2. 建立共同照護平台：
 - (1) 輔導失智社區服務據點，召開社區失智共同照護網絡聯繫會議；
 - (2) 辦理失智照護人才培訓，包括醫事人員、照顧服務人員等；
 - (3) 社區失智識能之公共教育宣導：a. 辦理失智大型宣導活動；b. 民眾失智識能教育。

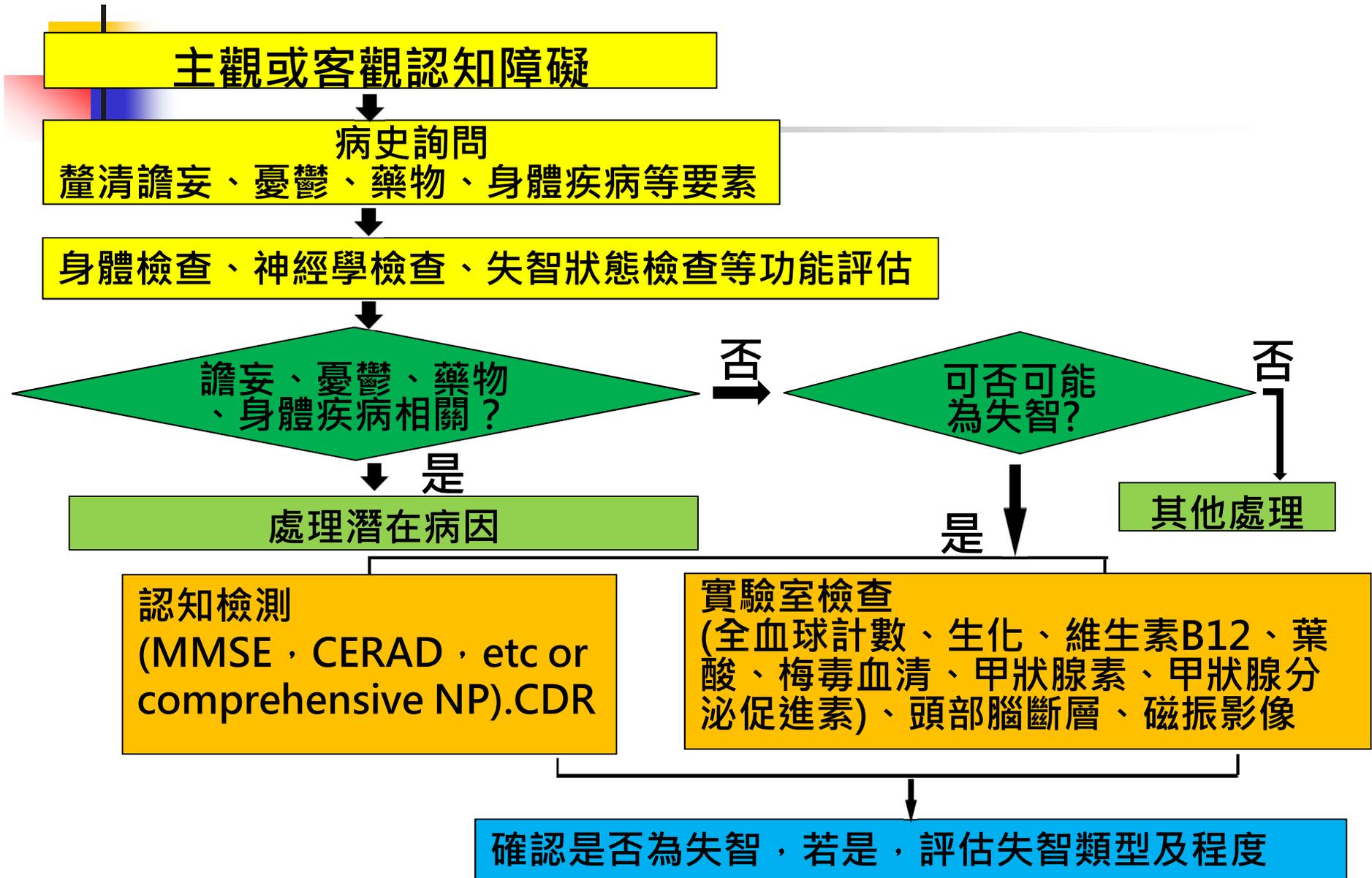


失智社區服務據點任務

提供個案及照顧者多元複合支持服務

- 認知促進、緩和失智
- 安全看視
- 互助家庭
- 關懷訪視
- 家屬支持團體(輔導諮商)
- (家屬照顧訓練課程)
- (其他創新服務)
- (失智友善社區多元方案)

診斷失智症的一般流程



感恩您的專心聆聽

